

Impacto das principais barreiras percebidas à prática de atividade física por aposentados de um município paulista

*Impact of the main perceived barriers to the practice of
physical activity by retirees of a Sao Paulo municipality*

*Impacto de las principales barreras percibidas a la
práctica de actividad física por jubilados de un municipio
paulista*

Pollyanna Natalia Micali
Elisangela Gisele do Carmo
Gilson Fuzaro Junior
Jessica Rodrigues Pereira
Laís Vicino Sarriés
Gabriel Adrián Sarriés
José Luiz Riani Costa

RESUMO: Este estudo avaliou e verificou o nível de atividade física, índice de massa corporal e as principais barreiras percebidas que impedem ou dificultam a prática de atividade física (tempo livre suficiente; realiza atividade física suficiente; falta de companhia; falta de dinheiro, dentre outras), bem como conhecer o perfil sociodemográfico dessa população, a fim de reconhecer possíveis deficiências e propor novas estratégias que possam subsidiar a melhora na sua qualidade de vida. O estudo transversal de base populacional foi realizado entre janeiro de 2014 e junho de 2015. A versão longa do Questionário Internacional de Atividade Física, o Questionário de Barreiras para a Prática de Atividade Física, e o peso corporal/estatura, foram usados para avaliar o nível de atividade física, barreiras e índice de massa corporal. A amostra final foi composta por 205 participantes aposentados de ambos os sexos; em relação ao índice de massa corporal, os participantes apresentaram mediana de 26,9 kg/m², resultando em uma classificação como excesso de peso.

Para o nível de atividade física no domínio lazer, 66,3% dos participantes se apresentaram insuficientemente ativos. E das 21 barreiras, nove apresentaram maior chance para o aumento do índice de massa corporal. Assim, torna-se importante ressaltar esses aspectos com relação à prática regular de atividade física, cujas barreiras podem ser transpostas se os profissionais e formuladores de políticas públicas implantarem programas voltados para esta população que visem ao incentivo dessa prática.

Palavras-chave: Aposentadoria; Atividade física; Barreiras à prática de atividade física; Índice de massa corporal.

ABSTRACT: *This study sought to assess the level of physical activity, body mass index and the main perceived barriers that impede or hinder the practice of physical activity (insufficient leisure time, enough physical activity, lack of company, lack of money among others), as well as to know the sociodemographic profile of this population, in order to recognize possible deficiencies and propose new strategies that can subsidize the improvement in their quality of life. The study population-based cohort study was conducted from January 2014 to June 2015. The long version of the International Physical Activity Questionnaire, the Barriers Questionnaire to practice physical activity and body weight/height were used to assess the level of activity physical, barriers and body mass index. The final sample consisted of 205 active participants of both sexes, in relation to body mass index participants had a median of 26.9 kg / m², resulting in a classification as overweight. To the level of physical activity in leisure domain 66.3% participants presented insufficiently active. And the 21 barriers, nine had increased relative to the increase in body mass index. Thus, it is important to highlight these aspects related to regular physical activity where barriers can be crossed if practitioners and policymakers implement programs toward this population aimed at encouraging this practice.*

Keywords: Retirement; Physical activity; Barriers to physical activity; Body mass index.

RESUMEN: *Este estudio evaluó y verificó el nivel de actividad física, índice de masa corporal y las principales barreras percibidas que impiden o dificultan la práctica de actividad física (tiempo libre suficiente, realiza actividad física suficiente, falta de compañía, falta de dinero, entre otras), así como conocer el perfil sociodemográfico de esa población, a fin de reconocer posibles deficiencias y proponer nuevas estrategias que puedan subsidiar la mejora en su calidad de vida. El estudio transversal de base poblacional se realizó entre enero de 2014 y junio de 2015.*

La versión larga del Cuestionario Internacional de Actividad Física, el Cuestionario de Barreras para la Práctica de Actividad Física, y el peso corporal / estatura, fueron usados para evaluar el nivel de actividad física, las barreras y el índice de masa corporal. La muestra final fue compuesta por 205 participantes jubilados de ambos sexos; en relación al índice de masa corporal, los participantes presentaron una mediana de 26,9 kg / m², resultando en una clasificación como exceso de peso. Para el nivel de actividad física en el ámbito de ocio, el 66,3% de los participantes se presentaron insuficientemente activos. Y de las 21 barreras, nueve presentaron mayor probabilidad para el aumento del índice de masa corporal. Así, es importante resaltar esos aspectos con relación a la práctica regular de actividad física, cuyas barreras pueden ser transpuestas si los profesionales y formuladores de políticas públicas implementan programas dirigidos a esta población que apunten al incentivo de esa práctica.

Palabras clave: Jubilación; Actividad física; Barreras a la práctica de actividad física; Índice de Masa Corporal.

Introdução

O Brasil passou por uma transição de industrialização/urbanização muito rápida, provocando um impacto na dinâmica populacional, cultural e sanitária do país. Neste processo, houve queda da fecundidade e da mortalidade, aumento da expectativa de vida da população. Por outro lado, a inserção de novos processos de trabalho determinou mudanças no estilo de vida das pessoas, que vêm sendo muitas vezes estimuladas pela globalização de mercado e da comunicação. Esses fatores podem refletir de forma significativa no quadro sanitário do país, elevando a prevalência de doenças e agravos não transmissíveis (DANT) (Brasil, 2005).

O município está localizado na região sudeste do estado de São Paulo e apresenta 198.413 habitantes, sendo a maioria mulheres (51,3%), e apresentou um crescimento populacional de 10,7% na última década (IBGE, 2014).

Diante disso, pode-se inferir que grande parte desse número de idosos tem renda proveniente dos benefícios do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) - aposentadorias ou pensões.

Para enfrentar os grandes desafios do envelhecimento populacional e uma renda salarial que, muitas vezes, é inferior ao período que antecede a aposentadoria, o município vem investindo em ações empreendedoras e inovadoras para implementar políticas públicas que possam atender os interesses e as necessidades desta população que está envelhecendo (IBGE,2010).

Existem alguns fatores de risco comportamentais para piora da qualidade de vida ao envelhecer; porém esses fatores são potencialmente modificáveis e condicionados por fatores socioeconômicos, culturais e ambientais (Malta, *et al.*, 2009; World Health Organization, 2002). Diante disso, a atividade física (AF) regular, e hábitos alimentares mais saudáveis, são considerados como os fatores modificáveis mais importantes para a promoção da saúde e para a prevenção e/ou controle no risco de doenças, conforme as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) (World Health Organization, 2003; World Cancer Research Fund, 1997; Centers for Disease Control and Prevention, 2015). Vale destacar que o sedentarismo é responsável por aproximadamente 2 milhões de mortes ao ano no mundo. Estima-se que ele seja responsável de 10% a 16% dos casos de cânceres de cólon, mama, diabetes e 22% das doenças coronarianas. Anualmente, nos Estados Unidos o sedentarismo associado a uma dieta inadequada é responsável por aproximadamente 300 mil mortes (Jones, & Nies, 1996).

Contudo, diversos fatores podem ser determinantes para facilitar ou dificultar a prática de AF (World Health Organization, 2015), já que as pessoas tendem a diminuir de forma progressiva o nível de atividade física (NAF) com o passar dos anos, chegando à vida adulta e à velhice sem atingir as recomendações da OMS (Salmon, Owen, Crawford, Bauman, & Sallis, 2003). Assim, quando esses fatores viabilizam a prática, podem ser chamados de “fatores facilitadores”; ao contrário, quando atrapalham, são chamadas “barreiras” (Malta, *et al.*, 2012), por quaisquer motivos ou desculpas de natureza onipresente (podem ser percebidos a todo o tempo e lugar) que dificultam ou impedem a tomada de decisão do indivíduo em iniciar alguma AF. Por isso, é necessário, inicialmente, conhecer os principais motivos que levam ao desenvolvimento de comportamentos sedentários. Esta tendência é mais prevalente entre mulheres, idosos indivíduos de baixo nível socioeconômico e com baixa escolaridade (Batista Filho, Souza, Miglioli, & Santos, 2008).

De acordo com Malta, *et al.* (2012), os homens apresentam maiores frequências de fatores de risco como fumo, excesso de peso, consumo maior de refrigerantes, carnes com excesso de gordura e bebidas alcoólicas; já as mulheres se alimentam melhor e se referem mais a diagnósticos médicos de doenças, como hipertensão arterial, dislipidemia e osteoporose (World Health Organization, 2002; Batista Filho, *et al.*, 2008).

Nesse sentido, o padrão alimentar e o perfil nutricional da população sofreram alterações ao longo da história, caracterizadas significativamente pela redução da desnutrição e aumento da obesidade, sendo um dos graves problemas de saúde pública. Esse aumento está diretamente relacionado com o aumento do consumo de calorias e comportamento sedentário, em que o excesso de peso e a obesidade são responsáveis por 5% da mortalidade global (IBGE, 2009).

Diversas doenças que se manifestam ao longo da vida estão diretamente relacionadas com disfunções nutricionais ou alimentares, como: níveis alterados de colesterol e triglicérides, obesidade, diabetes, hipertensão arterial, doenças cardiovasculares e outras. Na população acima de 60 anos, 75% tem pelo menos uma DANT e 64% apresenta mais de um (Lunn, 2007). Este quadro caracteriza o perfil de saúde da população brasileira, a qual apresenta predominância das doenças DANT, responsáveis por 70% das mortes no país (Schmidt, *et al.*, 2011).

Diante disso, o objetivo do presente estudo foi avaliar e verificar o nível de atividade física, índice de massa corporal e as principais barreiras percebidas à prática de atividade física por aposentados residentes de um município paulista, bem como conhecer o perfil sociodemográfico dessa população, a fim de reconhecer possíveis deficiências e propor novas estratégias que possam subsidiar a melhora na qualidade de vida.

Procedimentos metodológicos

Este estudo de caráter transversal teve a coleta de dados realizada no período de janeiro de 2014 a junho de 2015; a amostra foi composta por adultos de ambos os sexos, aposentados, residentes na zona urbana de um município e que participaram de estudo anterior realizado em 2008, intitulado “Prevalência e fatores associados à inatividade física”. Assim, todos os participantes que responderam aos questionários em 2008 foram convidados a participar novamente em 2014; aqueles que concordaram assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido e responderam aos questionários dos entrevistadores.

Desenho do Estudo

A estimativa do tamanho amostral em 2008 foi baseada na fórmula: $n = [p(1-p)/(d/z)^2]$. Deff, referente à estimativa de proporções proposta por Kish (1949), como citado em Salvador e colaboradores (Batista Filho, *et al.*, 2008). Obteve-se $[n = 128003 \cdot (1,96)^2 \cdot 0,5(1-0,5)/(0,05)^2 \cdot (128003 - 1) + (1,96)^2 \cdot 0,5(1-0,5)]$ $n = 764$ participantes. No entanto, este estudo é parte de um projeto maior e também com o intuito de reforçar ainda mais possíveis generalizações dos resultados, ampliaram a amostra e foram coletados dados de 1.588 participantes.

O processo de amostragem foi realizado em cinco etapas, de acordo com os seguintes procedimentos: 1- Listagem de todos os setores censitários urbanos da cidade, catalogados no IBGE (n=200); 2- Sorteio dos setores censitários (n=100); 3- Listagem de todos os domicílios nos setores sorteados (arrolamento); 4- Sorteio dos domicílios, proporcionalmente à área do setor; 5- Inclusão na amostra de todos os indivíduos que participaram do estudo realizado em 2008.

Os critérios de exclusão para o presente estudo foram: indivíduos institucionalizados (hospitais, instituições de longa permanência), pessoas que apresentavam doenças ou problemas que as incapacitassem de realizar atividade física na semana anterior à da entrevista e distúrbios mentais. Foram inclusos somente os participantes que se encontravam aposentados.

Os seguintes motivos foram considerados como perda amostral: 1) o participante não aceitar responder aos questionários; 2) o participante não assinar o termo de consentimento livre e esclarecido; 3) não ser encontrado na residência em 5 tentativas de contato; 4) falecimento.

Descrição das variáveis

As variáveis sociodemográficas investigadas foram: idade, sexo, estado civil, escolaridade (nenhum ou primário incompleto; Até a 4ª série (antigo primário) ou ginásial (1º grau) incompleto; Ginásial (1º grau) completo ou colegial (2º grau) incompleto; Colegial (2º grau) completo ou superior incompleto; Superior completo).

Para acessar a classe econômica, foi utilizado o questionário proposto pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa, que agrupa as pessoas nas classes A, B, C, D e E, de acordo com a estimativa do poder de compra (Kish, 1949).

Os dados de massa corporal e estatura recordados foram utilizados para o cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC) – massa corporal (kg), dividida pelo quadrado da estatura (m²), sendo o parâmetro mais usado para rastreamento de alterações do estado nutricional entre adultos e idosos (Visscher, *et al.*, 2001).

Para diagnosticar as barreiras que dificultam a prática regular de AF por parte do idoso, foi adaptado por Hirayama (2005) um instrumento desenvolvido e utilizado por Booth, Baumann e Owen (2002), em idosos australianos, o qual foi denominado Questionário de Barreiras à Prática de Atividade Física para Idosos (QBPAFI), que consta da relação de 21 barreiras majoritariamente fundamentadas nos itens identificados.

A fim de investigar o NAF em cada domínio (trabalho, doméstico, locomoção e lazer) foi utilizado o questionário International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) em sua versão longa; foi considerado como período de referência os 7 dias que antecederam a entrevista.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa, do Instituto de Biociências da Universidade Estadual Paulista (UNESP). Os princípios éticos também foram assegurados aos entrevistados, de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Análise estatística

Para verificar a normalidade dos dados, foi utilizado o teste de Shapiro-Wilk, em que foi constatado que o IMC não segue uma distribuição normal, porém, quando aplicado o Teste de Box-cox, verificou-se que, com a transformação log (IMC), os dados podem se ajustar a uma distribuição normal.

Posteriormente foram realizados os testes de Gubbs para detecção de *outliers*, e o teste de Bartlett para a verificação da homogeneidade.

As diferenças entre grupos nas variáveis categóricas foram calculadas, utilizando-se o teste da Anova paramétrica com P valor < 0,05. E a Regressão Linear Múltipla, com variáveis *dummies*, foi realizada para observar uma possível influência das barreiras percebidas e do nível de atividade física no índice de massa corporal, adotando-se um intervalo de confiança de 95%.

Resultados

Tabela 1. Descrição da amostra de aposentados do município de Rio Claro, segundo aspectos sociodemográficos

VARIÁVEIS	n	%
Sexo		
Masculino	108	52,7
Feminino	97	47,3
Tipo de aposentadoria		
Idade	53	25,8
Tempo de serviço	135	65,8
Invalidez	10	4,8
Compulsória	1	0,4
Especial	6	2,9
Escolaridade (anos)		
0 < 8	109	53,1%
8 < 11	63	30,7%
11 ou mais	33	16%
Classificação econômica†		
A	6	2,9%
B	69	33,5%
C	62	30,2%
D	9	4,3%
Recusas	59	28,7%

Fonte: Dados da Pesquisa

Conforme apresentada na Tabela 1, a amostra foi composta por 205 participantes de ambos os sexos, sendo a maioria do sexo masculino; média de idade de aproximadamente 57,2 anos; a maioria casada; o tipo de aposentadoria mais prevalente foi por tempo de serviço; grande parte possui até 8 anos de estudos; foi classificada com poder mediano de compra. Em relação ao IMC, o grupo de participantes apresentou mediana de 26,9 kg/m², o que resultou em uma classificação como excesso de peso (Tabela 2). E para o NAF, no domínio lazer, 66,3% dos participantes entrevistados não atenderam às diretrizes de 150 minutos por semana de AF moderada, e foram considerados insuficientemente ativos. Quando comparados por sexo, as mulheres foram consideradas com maiores níveis de inatividade física neste domínio.

Tabela 2. Mediana e Quartis (1-4) das variáveis dependentes do estudo

Variáveis	Mediana	Quartis 1-4
Massa Corporal (kg)	92	64 - 125
Estatura (cm;metros)	165	1,6 – 1,9
Índice de massa corporal (IMC)	26,9	23,8 – 46,4

Fonte: Dados da Pesquisa

E de acordo com a Tabela 3, sobre as barreiras à AF, 100% dos participantes informaram ao menos uma barreira, das 21 barreiras que dificultam a prática regular de AF; nove parecem influenciar significativamente para excesso do IMC. O NAF, quando separados por sexo, também apresentou influência significativa em relação ao IMC, evidenciando que, quanto menos ativo, maior a probabilidade em aumentar o IMC.

Tabela 3. Frequência das barreiras que apresentaram diferenças significativas ($P < 0,05$) em relação ao índice de massa corporal (IMC) expressa em porcentual

Barreiras	Sim (%)	Não (%)
AF suficiente	26,3	27,3
Possui doença	28,1	26,6
Saúde Ruim	28,6	26,8
Sente-se desmotivado(a)	27,4	26,5
Medo de se machucar	27,7	26,7
Gosta da prática de AF	26,7	27,6
Sente-se gordo(a)	31,1	26,3
Falta energia	27,7	26,6
Clima desfavorável	26,9	27,8

AF suficiente=Realiza atividade física suficiente; Doença=Possui doença ou lesão que dificulta; Saúde=Saúde muito ruim; Desmotivado(a)=Sente-se desmotivado(a); Medo=Medo de cair e se machucar; Gosta de AF=Gosta de praticar atividade física; Gordo=Sente-se gordo para praticar atividade física; Energia=Sente falta de energia para praticar atividade física; Clima=Sente o clima desfavorável para praticar atividade física

Discussão

As barreiras à prática de AF é um dos temas mais pertinentes na atualidade, haja vista a necessidade constante de melhoria pessoal das condições de saúde, para que a mesma possa desencadear um processo contínuo de saúde global em longo prazo. Assim, este estudo teve por objetivo avaliar e verificar o nível de atividade física, índice de massa corporal e as principais barreiras percebidas à prática de atividade física por aposentados residentes de um município paulista, bem como conhecer o perfil sociodemográfico dessa população, a fim de reconhecer possíveis deficiências e propor novas estratégias que possam subsidiar a melhora na qualidade de vida. De acordo com nosso conhecimento, o presente estudo é o primeiro no Brasil, utilizando uma amostra representativa de aposentados, analisando-se os obstáculos para iniciar e/ou permanecer em uma prática de AF, e o quanto essas barreiras podem influenciar, levando ao aumento do IMC.

Analisando-se os resultados do presente estudo, com relação às nove barreiras que dificultam a prática de AF, a presença de doenças ou lesão (28,1) e a desmotivação (27,4), têm similaridade com os achados de dois estudos que mostram as principais barreiras à prática de AF por idosos da comunidade no estado de Virginia, Estados Unidos, sendo estes: problemas de saúde e de dor (53,4%), falta de motivação (29,3%), falta de vontade (50,8%) e falta de tempo (25%-30,1%) (Cohen-Mansfield, Marx, & Guralnik, 2003; Rye, J.A., Rye, S.L., Tessaro, & Coffindaffer, 2009).

Se há existência de doença, há barreira à prática de AF, mas também há razão para a manutenção desta doença, a partir de mudanças de hábitos saudáveis, desmotivação e falta de tempo, que dificultam cada vez mais a adesão a esta prática, piorando ainda mais o estado geral da saúde. A barreira relacionada ao tempo é uma realidade proeminente em nossa sociedade, já que a movimentada vida cotidiana traz despreocupação quanto ao cuidado com a saúde e com hábitos saudáveis (Andajani-Sutjahjo, Ball, Warren, Inglis, & Crawford (2004); Santos, Ball, Crawford, & Teixeira, 2016).

Outras barreiras, ainda, incluem falta de acesso a locais apropriados, à distância ou à falta de transporte (Flauskerud, & Nyamathi, 2000), mas que, observa-se não ser fator preponderante no presente estudo. As criações de espaços públicos destinados para esta prática são opções que já existem em algumas localidades; no entanto, muitos municípios ainda não dispõem de tais equipamentos, sendo um viés para a facilitação de espaços adequados para a AF (Lien, Guo, Chang, Lin, & Kuan, 2014). Ademais, a motivação para o deslocamento destas pessoas é outro fator que pondera sobre essa atitude (Lien, *et al.*, 2014).

Essa facilitação de locais apropriados é analisada em outro estudo, comparando-se características ambientais de vizinhança de diversas classes sociais (alta, média e baixa), observando-se que o ambiente pode influenciar a prática de caminhadas em bairros das diferentes classes, e que, em ambientes com melhores recursos, a adesão à prática de AF foi maior (Jack, & McCormack, 2014). Outro ponto importante a ser considerado é que o hábito desta prática via de regra provém desde a infância, passando pela adolescência, fortalecendo este hábito na fase da vida adulta e perdurando até a velhice (Hirvensalo, Lintunen, & Rantanen, 2000; Tammelin, *et al.*, 2003). As barreiras surgem dentro do contexto familiar e/ou social do indivíduo, em que não se apresenta o hábito da prática de AF, sendo um fator determinante na escolha entre praticar ou não, mostrando a importância da influência familiar e de amigos nessa prática (Leslie, *et al.*, 1999; Parks, Housemann, & Brownson, 2003).

As barreiras à prática de AF parecem estar fortemente associadas ao baixo nível de AF e, conseqüentemente, relacionadas ao alto IMC desses indivíduos, o que se evidencia nos achados do presente estudo.

As modificações no perfil demográfico e estilo de vida dos brasileiros revelam o aumento da população idosa e aposentada no país, sendo acompanhadas também de mudanças no aspecto epidemiológico. Atualmente há um predomínio de doenças crônicas não transmissíveis, próprias de faixas etárias mais avançadas, dentre as quais se destaca a obesidade (Marques, *et al.*, 2005).

O relatório da OMS de 2002 apontou a obesidade como uma epidemia, estando no topo de uma lista dos dez riscos mais prevalentes para a saúde (Cruz, Almeida, & Schwanke, 2004). De acordo com Ferreira e Magalhães (2006), foram analisados dados de indivíduos com 65 anos ou mais no Brasil, apontando prevalência de obesidade de 5% nos homens e 18% nas mulheres. Tal distúrbio é capaz de aumentar de forma significativa a morbimortalidade por outras doenças, como hipertensão arterial, hipercolesterolemia, diabetes melito, doenças cardiovasculares, doenças osteoarticulares e algumas formas de câncer (Ferreira, & Magalhães, 2006).

A obesidade, o sedentarismo e a má alimentação são fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas. Um dos objetivos do Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis, lançado em 2011, é deter o crescimento da proporção de adultos brasileiros com excesso de peso ou com obesidade (Brasil, 2013). O Ministério da Saúde criou a Linha de Cuidados da Atenção Básica para excesso de peso e outros fatores de risco associados ao sobrepeso e à obesidade, até o atendimento em serviços especializados (Brasil, 2013). A pessoa com sobrepeso (IMC igual ou superior a 25) poderá ser encaminhada a um polo da Academia da Saúde, para realização de AF, e a um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), para receber orientações para uma alimentação saudável e balanceada. Em 2013, 77% dos 2.040 NASFs contavam com nutricionistas; 88,6% com psicólogos; e 50,4% com profissionais de educação física. A evolução do tratamento deve ser acompanhada por uma das 39,2 mil Unidades Básicas de Saúde (UBS), presentes em todos os municípios brasileiros (Brasil, 2013).

Considerações finais

Certamente, a prática de AF regular é benéfica à saúde de um modo geral, repercutindo no IMC, prática esta que não somente traz a meta ao peso ideal, mas a importância da mesma à saúde, minimizando os riscos das doenças crônicas não transmissíveis.

A questão das barreiras à prática de AF é um assunto de extrema importância para a sociedade, pois traz graves consequências à saúde da população, principalmente aos que estão na fase de aposentadoria. Um estilo de vida ideal, em que se incorpora, no dia a dia das pessoas, hábitos saudáveis, desempenha um importante papel nesta fase da vida, uma vez que determina os fatores da exposição, ou não, a problemas de saúde devido ao excesso de peso corporal, pressão arterial elevada, e baixo nível de AF. As políticas devem ser estruturadas de forma que permitam um maior número de pessoas alcançarem trajetórias positivas no envelhecimento e devem servir para quebrar as barreiras que limitam a participação social das pessoas que estão envelhecendo.

Uma vida mais longa é um recurso incrivelmente valioso, pois proporciona a oportunidade de repensar não apenas no que a idade avançada pode ser, mas nos desdobramentos que podem ser dados a ela. Em muitas partes do mundo, o curso da vida é atualmente enquadrado em torno de um conjunto rígido de fases: infância, fase de estudos, um período definido de trabalho e, em seguida, aposentadoria. A partir dessa perspectiva, frequentemente se assume que os anos extras são simplesmente adicionados ao fim da vida e permitem uma aposentadoria mais longa. Entretanto, quanto mais pessoas chegam a idades mais avançadas, há evidências de que muitas estão repensando nesses desdobramentos.

Embora parte da diversidade observada em idade mais avançada reflita na herança genética, a maior parte dela surge dos ambientes físicos e sociais (Beard, *et al.*, 2012). Esses ambientes incluem a própria moradia, a vizinhança e a comunidade, que podem afetar diretamente a saúde, ou impor barreiras e/ou incentivos que influenciam nas oportunidades, decisões e comportamentos. Entretanto, a relação com o ambiente varia de acordo com muitas características pessoais, incluindo a família, gênero e etnia. As influências do ambiente são, muitas vezes, enviesadas por essas características, levando a desigualdades na saúde (Steves, Spector, & Jackson, 2012). De fato, uma proporção significativa da ampla diversidade da capacidade e circunstância que pode se observar em idades mais avançadas, provavelmente, é apoiada pelo impacto cumulativo dessas iniquidades na saúde em todo o curso da vida (Commission on Social Determinants of Health, 2008).

Contudo, torna-se importante ressaltar esses aspectos com relação à prática regular de AF, devido aos efeitos positivos para a saúde física e/ou mental e gastos relativos a recursos de saúde. Assim, as barreiras podem ser transpostas se os profissionais e formuladores de políticas públicas implementarem programas voltados para esta população que visem ao incentivo dessa prática, sendo imprescindível para o envelhecimento ativo e saudável.

Referências

- ABEP. (2013). Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critérios de classificação econômica Brasil. Retrieved on September 10, 2015, from: <http://www.abep.org/novo/Content.aspx?ContentID=301> [2013 May 8].
- Andajani-Sutjahjo, S., Ball, K., Warren, N., Inglis, V., & Crawford, D. (2004). Perceived personal, social and environmental barriers to weight maintenance among young women: A community survey. United Kingdom: *The International J of Behavioral Nutri and Physic Activ*, 1(1), 01-07. Retrieved on December 31, 2016, from: doi: 10.1186/1479-5868-1-15.
- Batista Filho, M., Souza, A. I. de, Miglioli, T. C., & Santos, M. C. dos. (2008). Anemia e obesidade: um paradoxo da transição nutricional brasileira. Rio de Janeiro, RJ: *Cad. Saúde Públ*, 24(supl.2), s247-s257. Recuperado em 8 setembro, 2015, de: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008001400010>.
- Beard, J. R., Biggs, S., Bloom, D. E., Fried, L. P., Hogan, P., Kalache, A., & Oshansky, S. J. (2012). Introduction. In: Beard, J. R., Biggs, S., Bloom, D. E., Fried, L. P., Hogan, P., Kalache, A., & Oshansky, S. J. (Editors). Global population ageing: peril or promise? Geneva, Suíça: World Economic Forum, 2012, 04-13. Retrieved on June 08, 2016, from: http://www3.weforum.org/docs/WEF_GAC_GlobalPopulationAgeing_Report_2012.pdf.
- Booth, M. L., Baumann, A., & Owen, N. (2002). Perceived barriers to Physical Activity among older Australians. Champaign: *J of Aging and Physic Activity*, 10(Issue 3), 271-280. Retrieved on July 01, 2016, from: <https://journals.humankinetics.com/doi/abs/10.1123/japa.10.3.271>.
- Brasil. (2005). *INCA, Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidades referida de doenças e agravos não transmissíveis*. Recuperado em 3 setembro, 2015, de: http://www.inca.gov.br/inquerito/docs/introd_objetivo.pdf.
- Brasil. (2013). Ministério da Saúde. Retrieved on June, 07, 2016, from: <http://www.brasil.gov.br/saude/2013/08/obesidade-atinge-mais-da-metade-da-populacao-brasileira-aponta-estudo>.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2015). Improving nutrition and increasing physical activity.
- Cohen-Mansfield, J., Marx, M. S., & Guralnik, J. M. (2003). Motivators and barriers to exercise in an older community-dwelling population. Champaign: *J of Aging and Physic Activity*, 11(2), 242-253.

Commission on Social Determinants of Health. (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health*. Génève, Suisse: World Health Organization. Retrieved on July 21, 2015, from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf.

Cruz, I. B. M., Almeida, M. S. C., & Schwanke, C. H. A. (2004). Prevalência de obesidade em idosos longevos e sua associação com fatores de risco e morbidades cardiovasculares. *Rev Assoc Med Bras*, 50(2),72-77. Retrieved on December 31, 2016, from: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/ramb/v50n2/20779.pdf>.

Ferreira, V. A., & Magalhães, R. (2006). Obesidade no Brasil: tendências atuais. *Rev Port Saude Publ*, 24(2), 71-81. Retrieved on December 31, 2016, from: https://www.researchgate.net/publication/237470975_Obesidade_no_Brasil_Tendencias_atuais.

Flauskerud, J. H., & Nyamathi, A. M. (2000). Attaining gender and ethnic diversity in health intervention research: Cultural responsiveness versus resource provision. Philadelphia: *Adv in Nursing Scie*, 22(2), 01-15.

Hirayama, M. S. (2005). *Atividade física e Doença de Parkinson: Mudança de comportamento, autoeficácia, barreiras percebidas e qualidade de vida*. Dissertação de mestrado em Ciências da Motricidade. Rio Claro, SP: Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho.

Hirvensalo, M., Lintunen, T., & Rantanen, T. (2000). The continuity of physical activity--a retrospective and prospective study among older people. Denmark, Scandinavian: *J of Medic & Scie in Sports*, 10(1), 37-41, 2000.

IBGE. (2009). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Sobre a condição de saúde dos idosos: indicadores selecionados. In: *Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil. Série de Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica*. Rio de Janeiro, RJ, n.25.

IBGE. (2010). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Dados demográficos do censo 2010*. Recuperado em 3 setembro, 2015, de: <http://www.ibge.gov.br>.

IBGE. (2014). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Dados sociodemográficos da população do município de Rio Claro, SP*. Recuperado em 8 setembro, 2015, de: <http://www.censo2014.ibge.gov.br/painel/?nivel=mn>.

Jack, E., & McCormack, G. R. (2014). The associations between objectively-determined and self-reported urban form characteristics and neighborhood-based walking in adults. United Kingdom: *The Inter J of Behavioral Nutrit and Physic Activ*, 4(11), 71. Retrieved on December 31, 2016, from: <https://doi.org/10.1186/1479-5868-11-71>.

Jones, M., & Nies, M. A. (1996). The relationship of perceived benefits of and barriers to reported exercises in older african american women. *Public Health Nursing*, 13(2), 151-158. Recuperado em 8 setembro, 2015, de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8936249>.

Kish, L. A. (1949). A Procedure for Objective Respondent Selection within the Household. *J Am Stat Assoc*, 247(Issue 247), 380-387. Retrieved on July 01, 2016, from: <https://amstat.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/01621459.1949.10483314#.Wrep1Hrws0>.

Leslie, E., Owen, N., Salmon, J., Bauman, A., Sallis, J. F. & Lo, S. K. (1999). Insufficiently active Australian college students: Perceived personal, social, and environmental influences. Netherlands: *Preventive Medic*, 28(1), 20-27. Retrieved on December 31, 2016, from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9973584>.

Lien, W.-C., Guo, N.-W., Chang, J.-H., Lin, Y.-C., & Kuan, T.-S. (2014). Relationship of perceived environmental barriers and disability in community-dwelling elderly in Taiwan – a population-based study. United Kingdom: *BMC Geriatrics*, 14(59), 02-08. Retrieved on December 31, 2016, from: <https://doi.org/10.1186/1471-2318-14-59>.

Lunn, J. (2007). Nutrição e Envelhecimento Saudável. São Paulo, SP: *Nutrição em Pauta*, 85, 05-09.

Malta, D. C., Silva, S. A. da, Oliveira, P. P. V. de, Iser, B. P. M., Bernal, R. T. I., Sardinha, L. M. V., & Moura, L. de (2012). Monitoring of Risk and Protective factors for Chronic non Communicable Diseases by telephone survey in Brazilian State Capitals. *Rev Bras de Epid*, 15(3), 639-650. Recuperado em 8 setembro, 2015, de: <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2012000300017>.

Malta, D. C., Souza, M. F. M., Moura L., *et al.* (2009). Doenças crônicas não transmissíveis: mortalidade e fatores de risco no Brasil, 1990 a 2006. In: *Saúde Brasil 2008: Uma análise da situação de saúde no Brasil*, 337-363. Brasília, DF: Ministério da Saúde.

Marques, A. P. de O., Arruda, I. K. G. de, Espírito Santo, A. C. G. do, Raposo, M. C. F., Guerra, M. D., & Sales, T. F. (2005). Prevalência de obesidade e fatores associados em mulheres idosas. *Arq Bras Endocrinol Metab*, 49(3), 441-448. Retrieved on December 31, 2016, from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-27302005000300017>.

Parks, S. E., Housemann, R. A., & Brownson, R. (2003). Differential correlates of physical activity in urban and rural adults of various socioeconomic backgrounds in the United States. United Kingdom: *J of Epid & Community Health*, 57(1), 29-35. Retrieved on December 31, 2016, from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12490645>.

Rye, J. A., Rye, S. L., Tessaro, I., & Coffindaffer, J. (2009). Perceived Barriers to Physical Activity According to Stage of Change and Body Mass Index in the West Virginia Wisewoman Population. United States *Women's Health Issues*, 19(2), 126-134. Retrieved on December 31, 2016, from: doi: 10.1016/j.whi.2009.01.003.

Salmon, J., & Owen, N., Crawford, D., Bauman, A. & Sallis, J. F. (2003). Physical activity and sedentary behavior: a population-based study of barriers, enjoyment, and preference. *Health Psychol*, 22(2), 178-188. Recuperado em 8 setembro, 2015, de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12683738>.

Santos, I., Ball, K., Crawford, D., & Teixeira, P. J. (2016). Motivation and Barriers for Leisure-Time Physical Activity in Socioeconomically Disadvantaged Women. United States: *Plos One*, 11(1), 01-14. Retrieved on December 31, 2016, from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26808440>.

Schmidt, M. I., Duncan, B. B., Azevedo e Silva, G., Menezes, A. M., Monteiro, C. A., Barreto, S. M., Chor, D., & Menezes, P. R. (2011). Chronic noncommunicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet*, 377(9781), 1949-1961. Retrieved on July 01, 2016, from: doi: 10.1016/S0140-6736(11)60135-9.

Steves, C. J., Spector, T. D., & Jackson, S. H. (2012). Ageing, genes, environment and epigenetics: what twin studies tell us now, and in the future. *Age Ageing*, 41(5), 581-586. Retrieved on December 31, 2016, from: doi: 10.1093/ageing/afs097.

Tammelin, T., Nayha, S., Hills, A. P., *et al.* (2003). Adolescent participation in sports and adult physical activity. United States: *Am J of Preventive Medic*, 24(1), 22-28.

Visscher, T. L., Seidell, J. C., Molarius A., van der Kuip, D., Hoffman, A., & Witteman, J. C. (2001). A comparison of body mass index, waist-hip ratio and waist circumference as predictors of all-cause mortality among the elderly: the Rotterdam study. United Kingdom: *Inter J of Obes*, 25(10), 1730-1735. Retrieved on July 01, 2016, from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11753597>.

World Health Organization, WHO. (2002). *The world health report 2002: reducing risks, promoting healthy life*. Geneva, Suíça.

World Health Organization, WHO. (2003). *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases*. Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation. Geneva, Suíça.

World Health Organization, WHO. (2005). *Preventing chronic diseases a vital investment*. Geneva, Suíça.

World Health Organization. WHO. (2015). Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. Recuperado em 8 setembro, 2015, de: www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_R17-en.pdf.

World Cancer Research Fund. (1997). American Institute for Cancer Research. *Food, nutrition and the prevention of cancer: a global perspective*. Washington, DC.

Recebido em 30/10/2016

Aceito em 30/04/2017

Pollyanna Natalia Micali - Graduação em Educação Física, Universidade Camilo Castelo Branco. Mestre em Ciências da Motricidade, UNESP. Doutoranda em Ciências da Motricidade, UNESP, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, câmpus Rio Claro. Rio Claro, SP, Brasil.

E-mail: micalipolly@gmail.com

Elisangela Gisele Carmo - Graduação em Gerontologia, Universidade Federal de São Carlos, UFSCar. Mestre em Ciências da Motricidade, UNESP. Doutoranda em Desenvolvimento Humano e Tecnologias, UNESP, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, câmpus Rio Claro, SP.

E-mail: elisangelagiseledocarmo@gmail.com

Gilson Fuzaro Junior - Graduação em Educação Física, Universidade Federal de São Carlos, UFSCar. Mestre em Ciências da Motricidade, UNESP. Doutorando, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

E-mail: gfuzarojr@gmail.com

Jessica Rodrigues Pereira - Graduação em Educação Física, UNESP. Mestre em Ciências da Motricidade, UNESP. Doutoranda em Ciências da Motricidade, UNESP, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, câmpus Rio Claro, SP.

E-mail: jessi.r.pereira@gmail.com

Laís Vicino Sarriés – Graduanda, Instituto de Ciências Matemáticas e de Computação, ICMC, Universidade de São Paulo.

E-mail: lais.vicino@hotmail.com

Gabriel Adrián Sarriés - Graduação em Medicina Veterinária, Universidade de Buenos Aires. Atualmente é Professor Doutor do Departamento de Ciências Exatas da ESALQ/USP.

E-mail: gasarrie2@gmail.com

José Luiz Riani Costa - Graduação em Medicina, Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP. Atualmente, é Professor Assistente Doutor da Universidade Estadual Paulista, UNESP, Departamento de Educação Física, câmpus de Rio Claro. Rio Claro, SP, Brasil.

E-mail: joseluizrianicosta@gmail.com